

Identité du résident :

Nom et prénom

Identité du kinésithérapeute (remplaçant cas échéant) :

Nom et prénom

Type d'actes prescrits :



Date de la visite	Actes réalisés <i>(marche, vélo, espalier...)</i>	Résultats	Préconisations pour l'équipe soignante	Signature

Nom : Fonction : Visa :	Rédacteur Océane TORILLON, IDEc	Validation Sylvie LACOSTE, Directrice	Conformité à la gestion qualité Audrey TINNES, Chargée Qualité